Münster 1937 No 93 Med DiSS

Chirurgische Universitäts-Klinik Münster (Westf.)
Prof. Hermann Coenen

Ohrmuschelkarzinome

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Hohen Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu
Münster (Westf.)

vorgelegt von

Zahnarzt Wilhelm Lindhaus
aus Wellingholzhausen (Teutobg. Wald)

1937

Druck: Lengericher Handelsdruckerei, Lengerich i. W.

Referent: Doz. Dr. Hellner
Correferent: Prof. Dr. Coenen
Dekan: Prof. Dr. Jötten

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547223_0043

Das Karzinom des äußeren Ohres wird im älteren otologischen Schrifttum als eine sehr seltene Erkrankung angesehen (Bürkner, Bezold, Vali, Senff). Dieses mag daher rühren, daß offenbar derartige Krankheiten in der Regel von Chirurgen und nicht von Otologen behandelt wurden. So erwähnt Bezold, daß er unter 20 000 Patienten mit Ohrenleiden nur 2 mit Karzinom der Ohrmuschel sah. Bürkner fand 1883 in einer statistischen Zusammenstellung nach otologischen Jahresberichten von 43 730 Ohrerkrankungen nur 14 Karzinome des Ohres. Senff berechnete in einer bis zum Jahre 1897 reichenden Statistik, daß sämtliche Geschwülste der Ohrmuschel nur 0,048 % aller Ohrerkrankungen betrugen. Bezold fand unter 20 000 Ohrerkrankungen nur 4 bösartige Tumoren. Unter 53 000 Kranken der Oto-rhino-laryngologischen Klinik in Bordeaux befanden sich 14 Epitheliome der Ohrmuschel. Demgegenüber sind allein aus 3 Chirurgischen Kliniken 27 Beobachtungen von Ohrkarzinom mitgeteilt.

Nach den heutigen Erfahrungen ist das Karzinom der Ohrmuschel keineswegs eine so seltene Erkrankung. Die Zahl der kasuistischen Mitteilungen ist offenbar deshalb nur verhältnismäßig klein, weil die meisten Beobachtungen, die nichts besonderes bieten, nicht veröffentlicht zu werden pflegen. Andererseits scheint es sich indes zu bestätigen, daß das Vorkommen des Ohrkrebses nicht als häufig zu bezeichnen ist, sondern daß, jedenfalls im Vergleich mit dem Befallensein anderer Körperstellen, das Ohr ein seltener Sitz für die Entstehung krebsiger Neubildungen ist. In der Chirurgischen Universitätsklinik zu Münster wurden in 12 Jahren 9 Erkrankungen an Ohrmuschelkarzinom beobachtet.

Schwartze, der als einer der ersten (1875) über den Epithelkrebs des Mittelohres ausführliche Mitteilungen veröffentlichte, wies darauf hin, daß bei manchen Erkrankungen von Ohrkrebs der Ausgang des Tumors an anderer Stelle außerhalb des Gehörorganes liege, und erst sekundär das letztere ergriffen sei. Dieser Hinweis ist dann auch von späteren Autoren nicht außer Acht gelassen worden. Man bemühte sich stets, den Ausgangspunkt der Geschwulst herauszufinden, und bezeichnete nur den Tumor als „Krebs des Ohres", der in dem genau umschriebenen Gebiete des Gehörorganes seinen Ursprung genommen hatte. Ja, man ging noch weiter und teilte die Krebse des Ohres nach dem jeweiligen Abschnitt des Gehörorganes, in dem sie entstanden waren, ein, und zwar in solche der Muschel, des Gehörganges und des Mittelohres. Unzweifelhaft ist diese Scheidung eine sehr berechtigte, sowohl in pathologisch-anatomischer, als auch in klinischer Hinsicht. Besonders der pathologischen Anatomie ist daran gelegen, den Ausgangspunkt der Tumoren möglichst genau zu kennen, während dem Kliniker die Frage der Aetiologie darüber hinaus wegen der Therapie von Wichtigkeit ist.

Die Meinungsverschiedenheiten der pathologischen Anatomen über Wesen und Natur des Endothelioms und vor allen Dingen über die anatomischen Beziehungen dieser Geschwulstart zum Epitheliom, so bemerkenswert und wichtig für die Auffassung im anatomischen Sinne sie auch sein mögen, sind doch für die Kliniker bezw. für die Praktiker insofern weniger von Belang, als für sie mit der Diagnose Endotheliom das Vorhandensein eines bösartigen Tumors festgelegt und damit der Therapie der feste Weg vorgeschrieben ist. Es ist deshalb bei dieser vorwiegend praktischen Arbeit keine Veranlassung, auf diese anatomischen Theorien näher einzugehen. Für den Praktiker tritt die Bösartigkeit des Endothelioms derart in den Vordergrund, daß er dasselbe therapeutisch mit dem Epithelion fast ganz auf die gleiche Stufe zu stellen berechtigt ist, im Gegensatz zu dem pathologischen Anatomen.

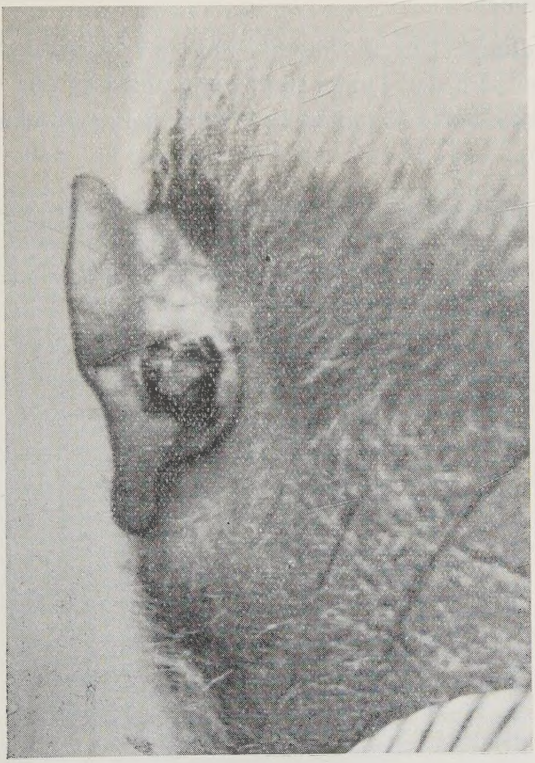
R. Schulz sagt in seiner Abhandlung über das Endothelkarzinom: Das Endothelkarzinom verhält sich in seinen allge-

meinen Eigenschaften dem Epithelkarzinom vollständig gleich. Es destruiert die Gewebe in derselben Weise, entweder als diffuse Geschwulst oder als festumschriebene Knoten auftretend. Es bildet Metastasen, es führt, wenn es an einem Orte des Körpers besteht, an welchem es genügend lang sich ausbreiten und ausbilden kann, ohne durch andere, durch den Standpunkt bedingte Verhältnisse den Tod zu bewirken, dieselbe Kachexie herbei wie der Epithelkrebs.

Zur übersichtlichen Bewertung der aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Münster angeführten Beobachtungen folgt eine kurze statistische Zusammenstellung derselben. — Eine Umfrage bei den erreichbaren Patienten ergab Aufschluß über die durch die Behandlung erzielten etwaigen Resultate.

Name des Pat.	Alter des Pat.	Ge d. P;	Stand:	Sitz u. Entwicklungsdauer der Geschwulst:	Seite der Erkr.	Therapie:	Rezidiv nach welcher Zeit:
H. M.	66	m.	Landwirt	Hintere Fläche d. Ohrmuschel. s. 6 Jahren kl. Warze	link. Ohr	Excision u. Röntgen	Konnte nicht in Erfahrung gebracht werden
A. B.	63	m.	Schneider	Vorderfläche d. Tragus s. 3 Jahren Entwickl. eines Geschwürs	link. Ohr	Excision u. Nachbestrahlung	2 Jahre rezidivfrei. Tod durch Lungenentzündung
D. H.	66	m.	Fuhrmann	Vordere Seite d. Ohrmuschel, s. 1½ Jahren a. d. Boden eines Lupus	link. Ohr	Röntgenbestrahlung	rezidiv.
T. A.	74	m.	Invalide	Vordere Fläche d. Muschel. s. ½ Jahr aus einer Warze	link. Ohr	Radiumbestrahlung	rezidiv.
J. R.	41	w.	Hausfrau	Hinterfläche d. Muschel, vor 4 Jahren entwikkelte sich erbsengroße Geschwulst	link. Ohr	Radium-Röntgen	Konnte nicht in Erfahrung gebracht werden
J. S.	73	m.	Schreiner	Hintere Fl. d. Ohrmuschel, vor 2 Jahren erbsengr. Geschw.	link. Ohr	Keilexcision	rezidiv.
H. S.	78	m.	Landwirt	Oberer Rand d. Muschel	recht. Ohr	Keilexcision m. Diatherm.	1½ Jahr später rezidivfrei
K. W.	60	m.	Maurer	Hinterfläche d. Muschel, vor 15 Jahren erbsengr. Geschw.	recht. Ohr	Amputation	5 Monate später rezidivfrei
F. M.	58	m.	Schuhmacher	Oberer Rand d. Muschel, vor 4 Jahren vom Friseur geschnitten	recht. Ohr	Keilexcision und Röntgenbestrahlung	8 Monate später rezidivfrei

Die Zahl der oben angeführten 9 Beobachtungen von Ohrmuschelkarzinom aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Münster ist zu gering, um ein einigermaßen vollständiges Bild von dieser Erkrankung zu geben. Es ist deshalb das Schrifttum, soweit es zur Verfügung stand, herangezogen zum Vergleich mit den 9 angeführten Beobachtungen.



(Abb. 1) 4. 6. 1926.

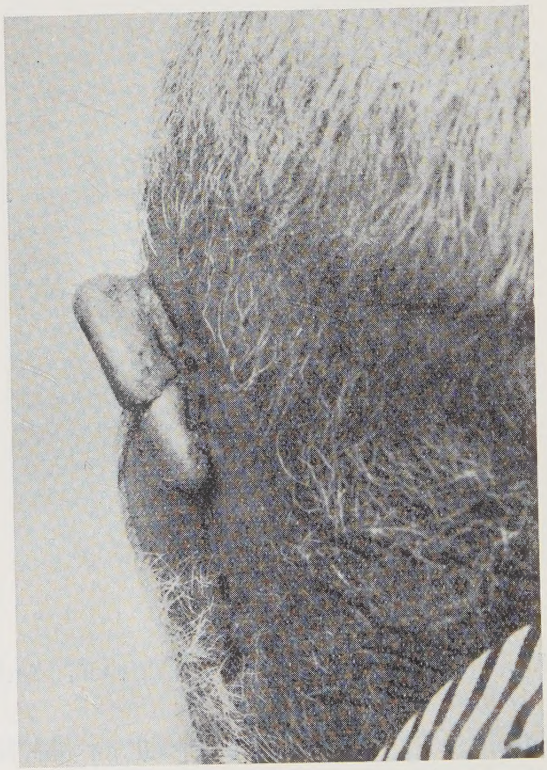
1. H. M., 66jähriger Landwirt. Kg. 272/1926. Aufgenommen am 1. Juni 1926.

Vorgeschichte: Vor 6 Jahren entstand an der Hinterfläche der linken Ohrmuschel ein warzenförmiges Gebilde, welches seit 1½ Jahren stärker wuchs und geschwürig zerfiel. Seit 10—12

Wochen bemerkte Patient am linken Kieferwinkel eine Anschwellung, die ständig an Größe zunahm.

Befund: Am hinteren Ansatz der linken Ohrmuschel befindet sich in der Mitte ein etwa zehnpfennigstückgroßes Geschwür, mit mäßig infiltrierten Rändern (Abb. 1). Unterhalb des Ohrläppchens am aufsteigenden Unterkieferast ist eine stark vergrößerte Lymphdrüse zu fühlen.

Behandlung: Durch Umschneiden des Geschwürs im gesunden Gewebe wird der Tumor keilförmig entfernt (Dr. Hertel). Die fühlbar vergrößerte Lymphdrüse wird herausgeschnitten.



(Abb. 2) 3. 7. 1926.

8 Tage später ergibt sich folgendes Bild: Die Naht am Unterkieferrand ist primär geheilt. Die Ohrmuschel ist bei guter kosmetischer Form etwa um die Hälfte verkleinert. Die Narbe durch die Muschel ist noch nicht ganz fest. Röntgen-Nachbestrahlung (Abb. 2). Am 8. Juil wird Patient als vorläufig geheilt entlassen. Ueber den weiteren Zustand des betreffenden Patienten konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

2. A. B., 63jähriger Schneider. Kg. 1353/1927. Aufgenommen am 17. Januar 1927.

Vorgeschichte: Seit mehreren Jahren (keine genaue Angabe) entwickelte sich an der Außenfläche des Tragus langsam, aber stetig an Größe zunehmend, ein Geschwulstknoten.

Befund: Die Außenfläche des linken Tragus wird von einer flachen, leicht erhabenen, die umgebende Haut wenig überragenden Geschwulst eingenommen. Die mikroskopische Untersuchung eines Probeschnittes ergibt Basalzellenkarzinom. Eine Vergrößerung regionärer Lymphdrüsen ist nicht feststellbar.

Behandlung: Die Geschwulst wird mit den 1 cm im Umkreis der Muschel liegenden Hautpartien am 22. Januar entfernt (Dr. Eichhoff). Röntgen-Nachbestrahlung. Am 22. Februar konnte Patient mit völlig verheilter Wunde entlassen werden. Patient hatte keinerlei Beschwerden in den nächsten 2 Jahren und starb am 1. März 1929 an einer Lungenentzündung.

3. D. H., 66jähriger Fuhrmann. Kg. 90/1929. Aufgenommen am 11. April 1929.

Vorgeschichte: Seit 10 Jahren litt Patient an tuberkulösen Halsdrüsen links. Seit dem 20. Lebensjahr bestand ein Lupus an der Ohrmuschel und in der nächsten Umgebung an Hals und Wange. Bisher wurde der Lupus nur mit Salbe behandelt, keine Bestrahlung vorgenommen. Seit einem halben Jahre zeigte sich in der Gegend des linken Ohrläppchens eine Verhornung, die stetig fortschreitend auf die ganze Ohrmuschel übergriff.

Befund: Die Gegend der Wange und des Halses in der Umgebung des linken Ohres ist narbig verändert. Die Ohrmuschel

selbst ist geschwürig völlig zerfallen. Vergrößerte Lymphdrüsen sind nicht fühlbar.

Behandlung: Patient wird mit Röntgen behandelt, da er sich einer Operation nicht unterziehen will. Man hat den Eindruck, daß danach die wulstigen Massen kleiner geworden sind. Am 28. April wird Patient entlassen mit der Weisung, in 4 Wochen wiederzukommen. Patient ist in der hiesigen Klinik nicht wieder erschienen und starb, wie die Anfrage ergab, unter zunehmender Kachexie am 20. Oktober 1929.

4. Th. A., 74jähriger Invalide. Kg. 2117/1931. Am 18. Februar aufgenommen.

(Abb. 3) 20. 2. 1931.

Vorgeschichte: Genaue Angaben über den Beginn der jetzigen Erkrankung kann Patient nicht machen. Er glaubt, daß an der Innen- (Gehör-) Fläche des linken Ohres vor einem halben Jahre eine Warze aufgetreten sei, die vorher angeblich nicht bestand. Vor 4 Monaten begann die Warze „feucht" zu werden. Sie wurde wund und verbreiterte sich allmählich. Patient behandelte die nässende Fläche mit Puder. Da aber eine immer zunehmende Vergrößerung eintrit, kam er zur Behandlung in die Klinik.

Befund: Die innere Gehörfläche des linken Ohres ist von einem dreimarkstückgroßen, unregelmäßig begrenzten, flachen Geschwür befallen, das von Borken zum größten Teil bedeckt ist. Der Ge-

(Abb. 4) 1. 10. 31.

schwürsrand ist flach, wie zerfressen und unregelmäßig begrenzt. (Abb. 3.) Regionäre Lymphdrüsen sind nicht tastbar.

Behandlung: Radium-Röntgenbestrahlung. Am 22. Februar wird Patient entlassen und in acht Wochen wiederbestellt. Nach 7 Monaten wird Patient abermals vorstellig. Das Geschwür ist in letzter Zeit größer geworden. Schmerzen sind am linken Ohr aufgetreten. Der Rand der Ohrmuschel ist im Bereich des Geschwürs zerstört und ausgefranst. (Abb. 4.) Am 8. Juni war Patient zuletzt bestrahlt. Hinter dem linken Ohr ist eine etwa bohnengroße Drüse fühlbar. Am 3. 10. 31 wird eine Radiumspickung vorgenommen, am 5. 10. 31 eine Röntgen-Bestrahlung der retroaurikulären Drüse. Patient wird wiederbestellt zu Anfang Dezember und nach Hause entlassen. Einer weiteren Behandlung entzog sich Patient und starb am 7. Juli 1933 an einer plötzlich auftretenden großen Blutung aus einem in den Bereich der Geschwulst einbezogenen Gefäß.

5. J. R., 41jährige Hausfrau. Kg. 1445/1931. Am 11. 11. 1931 in die Klinik aufgenommen.

Vorgeschichte: Im Alter von 37 Jahren entwickelte sich an der unteren Hinterfläche der linken Ohrmuschel ein zunächst erbsengroßes Geschwür, das ganz langsam größer wurde. Es wurde mit Salben behandelt, später in einem Knappschaftskrankenhaus mit Radium und Röntgen bestrahlt. Nach diesen Bestrahlungen heilte das Geschwür vor 3 Jahren einmal für 4 Wochen zu. Dann brach es wieder auf und wurde trotz Wiederholung der Bestrahlung immer größer. Im November 1931 wurde Patientin in die hiesige Klinik überführt.

Befund: An der Hinterfläche der linken Ohrmuschel findet sich eine 10pfennigstückgroße geschwürige Fläche, die mit schmierig gelblichem Sekret belegt ist. Der hintere Rand der Geschwürsfläche ist deutlich erhaben, wallartig und fühlt sich hart an. Der Probeschnitt ergibt Basalzellenkarzinom.

Behandlung: Am 15. November Radiumspickung des ganzen Geschwürsrandes. Gute Reaktion. Der aufgeworfene Rand des Geschwürs wird flach und glatt. Das Geschwür selbst wird kleiner durch Epithelisierung vom Rande her.

Am 20. Dezember wird die Radiumspickung wiederholt. Zunächst Reaktion der Umgebung mit Schwellung und Rötung, die bald zurückgeht. Am 23. Dezember wird Patientin nach Haus entlassen und zum 24. Februar 1932 wiederbestellt. Aber schon am 18. Februar erscheint Patientin in der Klinik und klagt über starke Schmerzen, die außen auf der linken Seite des Kopfes verlaufen.

Befund: Das Geschwür hat sich an seinem hinteren Rande gut abgesetzt. An der Basis der Ohrmuschel ist der Tumor weitergegangen und hat den Ohrmuschelgrund in seinem mittleren Teil zerstört. Dicht hinter dem Ohr liegt das Schläfenbein frei. Teilweise ist es mit schmierigen Nekrosen belegt.

Behandlung: Verbände werden auf die Wunde gelegt und schmerzstillende Mittel gegeben. Nach 3 Wochen haben sich die Nekrosen unter den feuchten Verbänden abgestoßen. Der Knochen liegt ganz frei in Halbhandtellergröße. Am 13. Mai sind die Entzündungserscheinungen zurückgegangen. Die Wunde ist gut gereinigt. Patentin hat keine Beschwerden und wird entlassen. Nach erneuter Radiumbestrahlung im Juli und Oktober desselben Jahres findet sich Patientin am 21. November 1933 wieder in der Klinik ein.

Befund: Am unteren Rand des Geschwürs findet sich eine dunkelrote, walnußgroße Knotenbildung. Der untere Teil der Ohrmuschel ist völlig frei und hat seinen Ansatz verloren. Da keine Aussicht vorhanden ist, den Tumor ganz zu entfernen, wird erneute Radiumspickung gemacht mit Röntgennachbestrahlungen am 13. und 15. Februar 1934. Ueber den weiteren Zustand der Patientin konnte nichts in Erfahrung gebracht werden.

6. J. Sch., 73jähriger Schreiner. Kg. 1347/1933. Am 1. Oktober 1933 aufgenommen.

Vorgeschichte: An der Hinterfläche der linken Ohrmuschel bemerkte Patient vor etwa 2 Jahren eine erbsengroße Geschwulst, die keinerlei Beschwerden verursachte und sich langsam vergrößerte. Der behandelnde Arzt gab den Rat, die Geschwulst zu entfernen. Die erste Operation wurde im August 1932, die zweite Operation im Juli 1933 in Arnsberg vorgenommen. Der Tumor

wurde durch Keil-Excision entfernt. Patient begab sich zur Röntgen-Nachbehandlung in die hiesige Klinik, da die Wunde nur teilweise geheilt war.

Befund: Ein Teil der Hinterfläche der linken Ohrmuschel ist von einer knolligen, weichen Geschwulst eingenommen.

Behandlung: Röntgen-Nachbestrahlung. Die Druckschmerzhaftigkeit der linken Kopfseite bestand, wie die Nachfrage ergab, bis zum Tode des Patienten. Der körperliche Verfall des Patienten ging nach der Behandlung schnell vor sich. Am 14. November 1934 ist Patient verstorben.

7. H. St., 78jähriger Bauer. Kg. 186/1935. Am 30. 4. 1935 aufgenommen.

Vorgeschichte: Seit einem halben Jahr bemerkte Patient eine zuerst verhärtete, dann geschwürige Stelle am oberen Rand der rechten Ohrmuschel.

Befund: Für sein Alter sehr kräftiger Mann. Am oberen und vorderen Rand der rechten Ohrmuschel findet sich ein erbsengroßes Geschwür. Die Haut in der Umgebung ist gerötet, schmerzhaft. Vergrößerte Drüsen sind nicht zu fühlen.

Behandlung: Keil-Excision mit der Diathermie-Schlinge (Dr. Hellner). Am 4. 5. 35 wird Patient auf eigenen Wunsch entlassen.

Eine Anfrage im September 1936 ergab, daß die Wunde verheilt und das Befinden des Patienten ohne Beschwerden sei.

8. K. W., 60jähriger Maurer. Kg. 71/1935. In die Klinik aufgenommen am 17. Februar 1936.

Vorgschichte: Vor 15 Jahren bemerkte Patient an der Hinterfläche der rechten Ohrmuschel eine Wucherung, die keine Schmerzen bereitete. Jedoch sonderte sie Flüssigkeit ab, die antrocknete und wieder abfiel. Im Juni 1935 begann diese Geschwulst zu eitern und auch größer zu werden. Patient begab sich in ärztliche Behandlung. Der Arzt behandelte die Wunde mit Salben und Puder. Seit etwa 2 Jahren bildete sich auch am 1. Nasenflügel eine kleine Geschwulst. Da auch diese in letzter Zeit wucherte, begab sich jetzt Patient aus eigenem Anlaß in die hiesige Klinik.

Befund: An der mittleren Hinterfläche der rechten Ohrmuschel, die etwas geschwollen ist, befindet sich eine 10-pfennigstückgroße Geschwulst mit erhabenen Rändern, die in der ganzen Ausdehnung eitrig belegt ist (Abb. 5). Am 1. Nasenflügel befindet sich eine trockene, warzige Erhebung.

Behandlung: Durch keilförmige Excision wird die Geschwulst aus der Ohrmuschel entfernt, die Wundränder werden genäht (Dr. Blumensaat). Die Geschwulst am linken Nasenflügel wird ellipsenförmig herausgeschnitten, die Wundränder werden vernäht.

Am 2. 3. 1936 ist die Ohrwunde gut verheilt bis auf eine fingerkuppengroße Stelle an der inneren Gehörfläche. Die Wunde am 1. Nasenflügel ist gut verheilt.

(Abb. 5) 19. 2. 36.

Am 9. 3. 36 wird Patient entlassen mit der Weisung, sich in 3 Wochen wieder vorzustellen zwecks Nachschau und Bestrahlung.

Am 18. 3. 1936 erscheint Patient zur Nachschau. Die Wunde am 1. Nasenflügel ist gut verheilt. An der inneren Gehörfläche ist die Operationswunde noch mit Borken besetzt. Es erfolgt Bestrahlung der Wunde mit Radium. Am 24. 3. wird Patient entlassen, um einen Monat später wiederzukommen.

Am 20. 4. 1936 Wiederaufnahme. Die Gegend des oberen Ohransatzes ist bis zur Größe einer kleinen Haselnuß verdickt. Sie ist hart und wenig verschiebbar (Rezidiv).

Der 1. Mundwinkel ist ohne Befund.

Behandlung: In örtlicher Betäubung erfolgt am 24. 4. 1936 die vollkommene Entfernung der ganzen rechten Ohrmuschel und der Faszie am oberen Ohrrand mittels Diathermiemessers (Dr. Blumensaat). Allmähliche Verkleinerung des Randdefektes, der jetzt sauber wird. Am 8. 5. 1936 ist Patient mit Ohrenklappe als geheilt entlassen. Die Nachfrage ergab, daß Patient keinerlei Beschwerden seitdem verspürt habe.

9. F. M., 58jähriger Schuhmacher. Kg. 33/1936. Am 14. 4. 1936 aufgenommen.

Vorgeschichte: Vor 4 Jahren wurde Patient von einem Frisör versehentlich ins rechte Ohr geschnitten. Die Wunde zeigte wenig Neigung zur Heilung. Im Anfang bestand nur eine kleine Wunde. Jedoch ließ der Patient die Wunde durch dauerndes gewohnheitsmäßiges Kratzen mit dem Finger nicht in Ruhe, so daß auch dadurch die Wundheilung verzögert wurde. Im Laufe dieser Zeit wurde die Wunde immer größer, in letzter Zeit schneller als vorher. Der Patient magerte in letzter Zeit ab. Auch traten Schmerzen an der Wunde und in der Umgebung auf.

Befund: Der obere Rand der rechten Ohrmuschel ist geschwürig zerfallen (Abb. 6). Die Haut in der Umgebung ist gerötet, schmerzhaft. In der Umgebung des Ohres sind geschwollene Lymphdrüsen nicht zu fühlen. Die mikroskopische Untersuchung eines Probeschnittes ergab für Karzinom keinen Anhalt. Bei einem

zweiten Probeschnitt wurde einwandfreies Plattenepithelkarzinom nachgewiesen.

Behandlung: Am 17. April 1936 wird die Geschwulst durch Keilexcision entfernt (Dr. Blumensaat). Die Wundränder werden vernäht. Am 30. April 1936 wird Patient, nachdem er vorher mit Röntgen nachbestrahlt ist, als vorläufig geheilt entlassen.

Eine Nachfrage im September 1936 ergab, daß das Ohr geheilt und Schmerzen am rechten Ohr nicht mehr aufgetreten seien.

(Abb. 6) 15. 4. 1936.

Hinsichtlich Entstehung, Alter, Geschlecht und Befallensein der rechten oder linken Ohrmuschel ergibt sich aus den im vorstehenden mitgeteilten Krankengeschichten nun folgendes: Nach

Angabe der betreffenden Patienten ging die Geschwulst bei 3 Erkrankungen von harten Warzen aus, bei einem Patienten soll aus einer kleinen, durch einen Frisör beim Rasieren verursachte Hautwunde sich das Karzinom allmählich entwickelt haben. Bei Patient 3 entstand das Karzinom auf dem Boden eines ausgedehnten Lupus. Bei den übrigen 4 Erkrankungen findet man angegeben, daß die Patienten längere Zeit an geringfügigen Geschwüren der Ohrmuschel litten.

Zieht man das Alter der angeführten Kranken in Betracht, so ist ersichtlich, daß das Ohrmuschelkarzinom in jedem Falle erst nach dem 40. Lebensjahr in Erscheinung tritt. In der Tat ist auch das Vorkommen von Ohrkrebsen in früheren Lebensgebieten äußerst selten. Nach Kretschmann's Statistik allerdings waren unter 16 an Ohrkrebs erkrankten 3 noch nicht 40 Jahre alt. Es dürfte dies aber wohl ein Zufall sein, der in der geringen Zahl der von Kretschmann berücksichtigten Patienten seinen Grund hat. In Wirklichkeit ist das Verhältnis lange nicht so groß, wenn man eine größere Anzahl von Beobachtungen in Berechnung zieht. Zeroni fand in der gesamten Literatur nur 5 Erkrankungen von Ohrkrebs bei jüngeren Leuten beschrieben. Offenbar ist in der Jugend die Neigung zu epithelialen Tumoren auch am Ohre sehr gering und die Kretschmann'sche Ziffer zu hoch gegriffen.

In der Zusammenstellung von Kretschmann herrscht das Alter von 40—60 Jahren vor. Eine Durchsicht des Schrifttums zeigt, daß auch diese Zahl nicht das richtige Verhältnis wiedergibt. Die Ohrkrebse bei älteren Leuten sind nicht so selten, jedenfalls bedeutend häufiger als bei jungen Leuten. Ihrem Alter entsprechend verteilen sich die in der Chirurgischen Universitäts-Klinik Münster beobachteten Patienten folgendermaßen:

40—50 Jahre = 1
50—60 Jahre = 1
60—70 Jahre = 4
70—80 Jahre = 3

Diese kleine Statistik zeigt, daß vor allem sehr alte Leute über 60 Jahre wegen Ohrmuschelkrebs zur Behandlung kommen. Das Ergebnis prozentualer Umrechnung ist folgendes:

40—50 Jahre = 11 %
50—60 Jahre = 11 %
60—70 Jahre = 44 %
70—80 Jahre = 33 %

Diese Werte stimmen fast überein mit den Untersuchungen von Heile, aus dessen 17 angeführten Beobachtungen man folgenden prozentualen Anteil errechnen kann:

40—50 Jahre = 7 %
50—60 Jahre = 20 %
60—70 Jahre = 42 %
70—80 Jahre = 31 %

Ueber 70 % haben in beiden Zusammenstellungen das 60. Lebensjahr überschritten — eine Angabe, die auch Marx im Handbuch der speziellen Anatomie und Histologie macht.

Was die Beteiligung des männlichen oder weiblichen Geschlechtes anbetrifft, so machen Kretschmann wie auch Zeroni die Angaben, daß ein vorwiegendes Betroffensein eines bestimmten Geschlechtes sich nicht nachweisen läßt. Dagegen befindet sich unter den oben beschriebenen 9 Patienten nur eine Frau, und auch bei Heile überwiegt das männliche Geschlecht, der unter 17, an vier Kliniken beobachteten Patienten nur 3 Frauen fand. Marx betonte ebenfalls die Bevorzugung des männlichen Geschlechtes mit den Worten: „Entschieden bevorzugt ist das männliche Geschlecht, unter 50 Fällen der Literatur stammen nur 8 von Frauen". Im internationalen Blatt für Ohrenheilkunde faßt Bindi seine Betrachtungen dahin zusammen, daß diese Geschwulst bei der Frau seltener ist als beim Manne, und die Literatur nur wenige Beobachtungen von Epitheliom der Ohrmuschel bei der Frau besitzt.

Auch bezüglich der Seite schwanken die Angaben. Während einige Autoren vornehmlich die linke Ohrmuschel vom Karzinom haben befallen sehen und daraus eine Gesetzmäßigkeit ableiten

wollen, haben andere Autoren dieselbe Beobachtung häufiger an der rechten Ohrmuschel gemacht. Es scheint daher die Hervorhebung, ob rechte oder linke Ohrmuschel vornehmlich erkrankt, nicht berechtigt zu sein, sondern darin nur eine Zufälligkeit der Beobachtung zu liegen. Bei den in der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Münster an Ohrkrebs erkrankten Patienten war dreimal die rechte und sechsmal die linke Ohrmuschel ergriffen.

Was die Aetiologie des Ohrkrebses betrifft, so ist dieser Punkt auch hier, wie bei den übrigen Geschwülsten noch in Dunkelheit gehüllt. Während uns besonders bei den Infektionskrankheiten die ätiologische Forschung im Kampfe gegen das Leiden mächtig gefördert hat und ihn, teils auf dem Wege der Prophylaxe, teils auf dem der spezifischen Therapie erfolgreich gestaltete, stehen wir hier noch in den Anfängen, soweit es sich um die bösartigen Geschwülste handelt.

Eine Ueberprüfung der Entstehung und Entwicklung der Geschwülste ergibt, daß die letzte Ursache der Geschwulstbildung noch nicht bekannt ist. Nach allem aber, was wir bis jetzt über die Entstehung des Krebses vermuten, scheint es doch gewisse prädisponierende Momente zu geben, die sich in der Anamnese von Krebskrankheiten immer wieder finden, wie auch bestimmten Körperstellen eine besondere Neigung zu krebsigen Entartungen eigen ist. Mit begründetem Recht müssen daher die äußeren Einwirkungen als begünstigende und mitwirkende Umstände angesehen werden, welche die Geschwulstbildung an bestimmten Stellen bei vorhandener Disposition fördern, ohne daß die Art der Reizwirkung genau bekannt ist. Man darf dabei natürlich nicht vergessen, daß die Tatsache, warum bestimmte Menschen auf einen bestimmten Reiz mit Krebsbildung reagieren, durch diese Dinge nicht erhellt wird, sondern eine in ihrer Art noch ungeklärte, sonannte Krebsbereitschaft vorausgesetzt werden muß.

So findet man ab und zu die Angaben der Kranken mit Ohrkrebs erwähnt, daß sie sich gewohnheitsmäßig mit Instrumenten im Ohre herumbohren. Es ist ja bekannt, daß mechanische Momente bei der Entstehung der Karzinome nicht selten eine Rolle spielen. Es sei nur hingewiesen auf das Lippenkarzinom, das

seine Entstehung den anhaltenden Druckreizen der Pfeife verdanken kann, auf die Bildung des Zungen- und Wangenkrebses, die nachweislich besonders bei Individuen sich entwickeln, deren Zunge- und Wangenschleimhaut durch scharfe Zahnkanten gereizt wird.

Retrouvery hebt hervor, daß unter den 150 Erkrankungen an Ohrmuschelkarzinom, die in der Weltliteratur der Chirurgen, Dermatologen und Otologen beschrieben wurden, besonders Landleute betroffen waren, deren Haut durch die Sonnenstrahlen chronisch gereizt wurde. Als weitere prädisponierende Momente führt der genannte Forscher an: Brandnarben, Psoriasis- oder Ekzemplacken, Lupus oder Lupusnarben, chronische Reize durch Tragen schwerer Ohrringe und Reibung durch das Brillengestell.

Auch der besondere Sitz des Karzinoms am Ohr hat eine Reihe von erklärenden Angaben gefunden. So erwähnen Zeroni und Heile den Helixrand als häufigen Sitz des Krebses und führen dies auf degenerative Veränderungen der Epidermis an dieser Stelle im Alter zurück. Auch die hintere Fläche der Koncha sei ein bevorzugter Sitz dieser Erkrankung. Diese Personen, um die es sich handelt, sind aber meist über die Jahre hinaus, in denen solche Läsionen der Ohrmuschel, die deren Rand besonders treffen, noch zu den häufigeren Vorkommnissen gerechnet werden können. Näher liegt es hier, die Entstehung der Krebse mit degenerativen Veränderungen in Beziehung zu bringen. Es ist bekannt, daß die obere Hälfte der Ohrmuschel, offenbar infolge von Ernährungsstörungen bei älteren Leuten leicht von Othämatomen befallen wird. Stehen bei dieser Erkrankung degenerative Veränderungen am Knorpel und Perichondrium im Vordergrund, so läßt sich die Möglichkeit nicht in Abrede stellen, daß auch die Epidermis dieser Stelle im Alter leicht regressiven Veränderungen unterworfen sein könnte, die sie zu krebsigen Erkrankungen disponierten. Der Helixrand ist außerdem eine Körperstelle, die ganz besonders leicht Störungen der Ernährung ausgesetzt ist, und an der sich daher bekanntlich bei Einwirkung von Kälte die Symptome der Erfrierung am ersten zeigen.

Kurz erwähnt sei noch die Cohnheim'sche Theorie. Diese führt ja die erste Anlage aller Geschwülste, auch der Karzinome, auf eine Störung der embryonalen Entwicklung zurück und geht von der Vorstellung aus, daß in einem früheren Stadium der embryonalen Entwicklung eine Ueberproduktion von Zellen stattfindet, welche an einer Stelle abgeschlossen liegen oder über eine der histiogenetischen Keimanlagen verteilt sind. Wenn dann äußere Umstände, wie die Herabsetzung der physiologischen Widerstandsfähigkeit der umgebenden Gewebe es gestatten, geraten diese Zellen in Wucherung, und es entwickeln sich Geschwülste.

Zu den angeführten ätiologischen Momenten ist zu bemerken, daß Patient 9, nachdem der Frisör ihn versehentlich ins Ohr geschnitten hatte, die Wunde durch gewohnheitsmäßiges Kratzen nicht zur Ruhe kommen ließ. Infolge des fortwährenden Reizes wurde die Heilung verzögert. So entstand der Boden für das Karzinom, welches sich sekundär entwickelte. Beim Patienten 3 war ein geschwüriger Prozeß, ein Lupus, Ausgangspunkt der Epithelwucherung. Krepuska und Treitel teilen Beobachtungen mit, die sich auf gleiche Weise entwickelten. Häufig findet man indes angegeben, daß die Patienten längere Zeit an geringfügigen Geschwüren der Ohrmuschel litten, die sich mit einem Male ausbreiteten und als Krebs entpuppten. So bei den Patienten 2, 5, 7, 8. Es ist wahrscheinlich, daß die Erkrankung zuerst harmloser Natur war, und daß sich erst später auf Grund des langen Reizstadiums der Krebs entwickelte. Bei den übrigen Patienten sind Warzen als Ausgangspunkt des Ohrmuschelkrebses angegeben. Im Schrifttum berichten Vali, Koch, Panse und Denker über solche Beobachtungen.

In pathologisch-anatomischer Hinsicht hat man es beim Ohrmuschelkrebs fast durchgehend mit Plattenepithelkrebsen zu tun. Im mikroskopischen Aufbau wiederholt der Spinalzellenkrebs in der Krebsalveole die verschiedenen Epidermisschichten, unter denen die Stachelzellen und verhornten Zellen die diagnostischen Merkmale sind. Die letzteren schichten sich zu Kankroidperlen zusammen. Die Verhornung findet nicht immer im Zentrum der Alveolen oder Krebsstränge statt, sondern auch an einzelnen vor-

wachsenden Plattenepithelien, so daß diese dann inmitten des bindegewebigen Stromas als tote Zellkörper liegen. Das nicht verhornende Hautkarzinom sieht ganz anders aus. Es baut sich im wesentlichen auf aus nicht weiter differenzierten Basalzellen, so daß man es auch Basalzellenkrebs nennt. Mikroskopisch bringt das hornfreie Basalzellenkarzinom im Gegensatz zu den helleren großen Plattenepithelien des verhornenden Karzinoms kleine dunkel gefärbte Epithelzellen hervor. Verhornungen sind selten, wenn sie auch im geringen Maße und in rudimentärer Weise in den größeren Alveolen sichtbar sein können. Aber solche Hornbildungen treten ganz zurück und entbehren der in den echten Kankroidperlen der Spinalkrebse regelmäßig vorhandenen Stachelzellen. Das Stroma der Basalzellenkrebse ist locker und wenig zellreich.

Makroskopisch zeigt der Krebs im Anfang gewöhnlich die Gestalt eines oft latent sich verhaltenden Knötchens. Das genannte Knötchen kann verschiedenes Aussehen darbieten; in seiner wahren Natur als Epitheliom wird es mit Sicherheit erst durch die mikroskopische Untersuchung erkannt. Das Knötchen ist von auffallend derber Beschaffenheit und weist in der Regel entzündliche Symptome auf; diese pflegen aber geringer oder nur sehr geringen Grades zu sein. Manchmal ist das Knötchen im Ganzen rosarot verfärbt, oder aber die entzündlichen Symptome beschränken sich auf einen zart rosaroten Hof um das Knötchen. Bei längerem Bestand der Bildung ist die Verfärbung des Knötchens und des Hofes bläulich getönt. Verhältnismäßig bald bildet sich auf der Höhe der linsen- oder erbsengroßen Erhabenheit ein Krüstchen; manchmal geht der Krustenbildung Schuppung voraus. Schon der klinischen Betrachtung fällt auf, daß dieses Knötchen aus nichts anderem besteht, als aus eingetrockneter nekrotischer Epidermis. Allerdings erfährt das Knötchen, an und für sich leicht vulnerabel an der Oberhaut, häufig mechanische Verletzungen, welche Blutungen zur Folge haben und dem Krüstchen das Aussehen von Blutungen verleihen. Schon in diesem Stadium macht sich eine Erscheinung geltend, die dem klinischen Bild ihren Stempel aufdrückt: es bildet sich um das Krüstchen herum ein

Wall. Dieser periphere, wallartige Teil des Krankheitsherdes, oft leistenartig gestaltet, ist derb und resistent, sei es, daß er mehr oder weniger hellrot gefärbt oder livide von der Farbe der nicht erkrankten Umgebung ist. Die Betastung erkennt außerdem die Oberflächlichkeit der wall- oder leistenartigen Bildung. Das zentrale Krüstchen liegt innerhalb dieses Walles wie in einer Vertiefung. Die mechanische Entfernung dieses Krüstchens läßt ein blutendes Geschwürchen zu Tage treten. Das Größerwerden des Krankheitsherdes erfolgt in der Weise, daß vom Zentrum her, langsam aber kontinuierlich, eine immer größer werdende Fläche in den geschwürigen Zerfall mit einbezogen wird, und daß der Wall sich dabei gleichzeitig nach außen vorschiebt, wobei er in der Regel eine Verbreiterung erfährt. Das anfänglich gleichmäßige konzentrische Wachstum des Krankheitsherdes hört oft auf, so daß das Geschwürchen etwas größeren Umfang erreicht hat. Das Weiterkriechen des Prozesses erfolgt dann entweder einseitig oder auch nach mehreren Richtungen hin, so daß der sich vergrößernde, unter Umständen die ganze Ohrmuschel einnehmende Krankheitsherd in der Regel eine unregelmäßige Gestalt zeigt. Die Unregelmäßigkeit wird dadurch verstärkt, daß sich an dieser oder jener Stelle der Peripherie Erscheinungen der Rückbildung und spontanen Heilung einzustellen pflegen. Nicht so häufig kommt es vor, auch bei großer Ausbildung des Prozesses der Fläche nach, daß die Zerstörung weit in die Tiefe greift. Immer ist es in der Hauptsache die periphere, wallartige Erhabenheit, die der geschwürigen Umwandlung verfällt. In dieser Oberflächlichkeit der Geschwürsbildung, in der Neigung zu spontanen Heilungsvorgängen, außerdem aber auch in dem Umstand, daß der Ulcus rodens auch selten Metastasen zeigt — in der Regel bleiben sogar die regionären Lymphdrüsen frei — ist die relative Gutartigkeit begründet, die das Ulcus rodens vor anderen krebsigen Erkrankungen auszeichnet. Das subjektive Befinden des Patienten ist in der Regel nicht wesentlich gestört.

Dem Ulcus rodens stellt man vielfach den tiefgreifenden Hautkrebs gegenüber, der gleichfalls am Ohr häufig zur Beobachtung kommt, sei es, daß er sich aus dem Ulcus rodens heraus entwickelt,

besonders gern im Anschluß an unzweckmäßige therapeutische Eingriffe, oder sei es, daß die Erkrankung von vornherein durch die umfangreiche knotige Beschaffenheit der primären Bildung auffällt. Diese primären Knoten sind hart, die darauf sich ergebenden Geschwüre tiefgreifend. Auf die Tatsache, daß sich derart krebsige Erkrankungen häufig auf dem Boden primärtuberkulös bezw. lupös erkrankter Haut entwickeln (Lupuskarzinom), habe ich oben schon hingewiesen, wie auch auf das Karzinom im Gefolge der Röntgenstrahleneinwirkung. Auch auf dem Boden des Lupus erythematodes kann sich an der Ohrmuschel ein Krebs entwickeln.

Komplikationen von seiten der regionären Lymphdrüsen sind nicht so selten, wie vor einigen Jahren allgemein im Hinblick auf die geringe Entwicklung des lymphatischen Systems am Ohr angenommen wurde. Peycelon und Morel, die an der Chirurgischen Klinik in Lyon im Verlaufe von 10 Jahren 42 Erkrankungen von Ohrmuschelkarzinom zu beobachten Gelegenheit hatten, fanden bei 27 Patienten die Drüsen miteinbezogen. Immer wieder, wenn auch verhältnismäßig selten, tauchen Angaben über Metastasen in den regionären Lymphdrüsen auf, weshalb die kategorische Forderung einzelner Autoren verständlich erscheint, beim operativen Vorgehen die regionären Drüsen nicht zu übersehen. In diesem Zusammenhang seien erwähnt die Untersuchungen von Most, der klinisch und experimentell in mühsamen Forschungen die Lymphbahnen und die Zugehörigkeit der periaurikulären Lymphbahnen zu einzelnen Abschnitten der Ohrmuschel studierte, wodurch er dem Operateur wichtige Fingerzeige erteilte. Topographisch-anatomisch teilt Most danach die Drüsen in 4 Gruppen, denen die entsprechenden Abschnitte der Ohrmuschel zugeordnet sind. Die Gegend des Tragus mit der vorderen und oberen Umrandung des äußeren Gehörganges steht im Zusammenhang mit den präaurikulären Drüsen. Das Ohrläppchen und der größere untere Teil der Ohrmuschel mit der unteren Umrandung des äußeren Gehörganges werden von den infraaurikulären Drüsen versorgt. Den retroaurikulären Drüsen ist die Ohrmuschel selbst — und den tiefen Cervikaldrüsen sind die hintere und un-

tere Umrandung des Gehörganges sowie hintere und mediane Abschnitte der Ohrmuschel zugeordnet.

Die Symptome, welche durch das Karzinom hervorgerufen werden, sind sehr verschieden. Teilweise werden sie von der Geschwulstbildung selbst hervorgerufen, teilweise hängen sie von den vielfach bestehenden Komplikationen ab. Wie die Literatur ergibt, kann das Karzinom lange Zeit geradezu symptomlos verlaufen, ohne Beschwerden oder Schmerzen. Treten Beschwerden auf, so sind sie im Anfang verhältnismäßig gering. Mit dem weiter fortschreitenden Verfall der Gewebe und der Ausbreitung des Tumors auf die Knorpelhaut der Ohrmuschel und mehr noch des Gehörganges, mit Hinzutritt des geschwürigen Verfalls, steigern sich die Beschwerden. Der Kranke wird dann durch spontanen Schmerz und Druckschmerzhaftigkeit bei Berührungen der Ohrmuschel, zumal nachts beim Liegen, ähnlich wie beim Ohrfurunkel, auf das Leiden schärfer hingewiesen. Kretschmann bezeichnete die sich als Kopf- oder Ohrenschmerzen äußernden Beschwerden als das hauptsächlichste Symptom für die Kranken. Gleichzeitig mit den Schmerzen pflegt sich in der Regel Schwindel von anfangs wechselnder Stärke, später aber dauernd und den Kranken besonders lästig, einzustellen. Desgleichen belästigen den Kranken Gehörsverminderung, Ohrensausen, das Gefühl von Schwere im Ohr und das Gefühl von Hirndruck. Die letzteren Symptome verlaufen teilweise fieberlos, teilweise unter dauerndem leichten Fieber oder Schüttelfrösten, besonders wenn die Wucherungen schon das mittlere oder innere Ohr erreicht haben. Ist der Prozeß weit fortgeschritten, tritt bald allgemeiner Kräfteverfall, die Krebskachexie ein. Die mehr und mehr zunehmende Kachexie infolge des Tumors führt schließlich bei gewöhnlich vollständig ungetrübtem Bewußtsein unter großen Qualen und Schmerzen zum Tode. Natürlich zeigen sich die Symptome nicht immer in der genannten Reihenfolge, sondern oft tritt das eine, oft das andere in mehr oder weniger starkem Grade hervor, wobei auch die Individualität des Kranken mit in Betracht gezogen werden muß. Im allgemeinen jedoch ist der Symptomenkomplex im Verlauf der Erkrankung der oben erwähnte.

Beim Patienten 7, 9 verursachte das Karzinom Schmerzen. Die anderen Kranken blieben vorläufig von Schmerzen verschont. Grunert und Panse beobachteten ebenfalls bei Kranken, die an einem karzinomatösen Geschwür an der Ohrmuschel litten, zeitweilig stechende Schmerzen. Bei den Patienten 4 und 5 traten erst Schmerzen auf, als die Neubildung anfing, den Knochen zu zerstören, und Anschwellung in der Umgebung auftrat. Jetzt waren sie allerdings das hervorragendste und für den Kranken quälendste Symptom. Bei den meisten Beobachtungen wird indes von Schmerzen nichts erwähnt, bei vielen auch ausdrücklich angegeben, daß die Patienten stets schmerzfrei waren.

Schwellungen der regionären Lymphdrüsen kommen vor (Patient 1), können indes auch fehlen.

Weitere Symptome werden durch das Fortschreiten des Tumors auf die Umgebung bedingt. Durch mediales Fortschreiten des Geschwulstes können verschiedene Hirnnerven in Mitleidenschaft gezogen werden. Ist der Trigeminus ergriffen, so sind heftige Neuralgien die Folge. Symptome von seiten der in den Bereich des Tumors gelangenden großen Gefäße bleiben in der Regel aus. Patient 4 aber starb, wie die Anfrage ergab, an einer plötzlich auftretenden großen Blutung aus dem Bereich der Geschwulst.

Die Kachexie scheint erst bemerkbar zu werden, wenn die Neubildung einen gewissen Umfang erreicht bezw. eine gewisse Zeitlang bestanden hat. Deshalb findet man bei den Krebsen der Ohrmuschel selten Kachexie angegeben, da eine erfolgreiche Operation deren Eintritt meist verhindert. Nimmt aber die Geschwulst an Umfang zu, so kann sich leicht die Kachexie einstellen (Patient 3, 6). Angaben von Vali, Politzer und Kuhn ergeben dasselbe.

Zum Unterschiede von den meisten anderen Krebsen hat der Ohrkrebs nicht die Neigung, sich durch sprungweises Fortschreiten, durch Vermittelung des Lymphgefäß- oder Blutgefäßsystems weiter zu verbreiten. Man findet daher selten sekundäre Erkrankungen, weder in der Umgebung, noch an anderen Stellen des Kör-

pers. Bei Patient 8 jedoch bildete sich eine Metastase am linken Mundwinkel.

Daß die Diagnose des Ohrkrebses möglichst frühzeitig gestellt werden muß, ist selbstverständlich. Bei den Krebsen des äußeren Ohres ist dies selten mit Schwierigkeiten verknüpft. Im allgemeinen wird man jedes länger bestehende Geschwür an der Ohrmuschel als krebsverdächtig ansehen und durch mikroskopische Untersuchung die Art der Erkrankung feststellen müssen. Daß die mikroskopische Untersuchung uns auch im Stich lassen kann, wenn der Prozeß erst im Beginn ist, berichten Zeroni und Heile. Auch bei der 9. Beobachtung in der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Münster gab die erste Probeexzision nur unspezifisches Entzündungsgewebe. Der karzinomatöse Charakter des Prozesses wurde aber in einem sofort wiederholten, dickeren Probeausschnitt nachgewiesen. Bei den Untersuchungen von Peycelon und Morel wurde bei 11 von 42 Ohrkrebserkrankungen kein mikroskopischer Befund erhoben.

Was die Differentialdiagnose angeht, so kommt höchstens bei den flächenhaften geschwürigen Formen der Lupus oder die seltene tertiäre Lues in Betracht, bei Gehörgangs- und Muscheltumoren ein gutartiges Fibrom, ein Nävus, ein Gehörgangsfurunkel oder gelegentlich auch ein Sarkom.

In erster Linie könnte man an Hauttuberkulose, namentlich an jene Form desselben, die gewöhnlich als Lupus bezeichnet wird, denken. Denn einmal gehört zu den Lieblingssitzen des Lupus neben der Nase, Stirn und Oberlippe auch die Ohrmuschel. Weiterhin verläuft der Lupus ebenfalls chronisch wie auch das Karzinom. Das Wichtigste aber ist das von dem Bilde des karzinomatösen Geschwürs oft garnicht zu unterscheidende makroskopische Aussehen des Lupus. Denn auch hier handelt es sich um kleine Knötchen, welche meist geschwürig zerfallen, so daß dadurch Geschwüre entstehen. Um sicher zu gehen, muß man oft mit dem Mikroskop Untersuchungen anstellen, welche zeigen, daß der Lupus auf einer Granulationswucherung beruht, in welcher charakteristische Tuberkel vorkommen. Deshalb bezeichnete

auch Virchow den Lupus als eine Granulationsgeschwulst. Wenn auch das Epithel bei Lupus oft in Form atypischer Epithelwucherungen in das Unterhautzellengewebe hineinwuchert, so daß krebsähnliche Bildungen entstehen können, so ist doch der Tuberkel das charakteristische und zugleich unterscheidende Merkmal.

An zweiter Stelle ist das Sarkom des äußeren Ohres zu nennen, welches dem Karzinom sehr ähnliche Erscheinungen bieten kann, doch ist es bisher an dieser Stelle viel seltener beobachtet worden, als der Krebs. Auch sein schnelleres Wachstum mit meist damit verbundener Lymphdrüseninfiltration kann als Unterscheidungsmerkmal dienen. Doch ist vor allem für den Diagnostiker außer dem Mikroskop, das eben auch hier ausschlaggebend sein wird, das hauptsächliche Vorkommen des Sarkoms im jugendlichen Alter ein schätzbares Unterscheidungsmerkmal, ebenso wie umgekehrt das vorgerückte Alter mehr für Karzinom charakteristisch ist.

Auch die mit Schwellung der Lymphdrüsen einhergehenden syphilistischen Veränderungen in Gestalt von umschriebenen Geschwüren mit schmutzig weißem Belag und stark gewulsteten Rändern könnte in Betracht kommen. Aetiologie, Mikroskopie und Serologie sind hier entscheidend.

Die sonst noch vorkommenden Neubildungen des äußeren Ohres, Atherom, Angiom, Lipom und Chondrom kommen hier wegen ihrer mikroskopisch-charakteristischen Eigenschaften differentialdiagnostisch nicht in engeren Betracht. Da die Stellung der richtigen Diagnose wegen der Prognose von der höchsten Bedeutung ist, die richtige Diagnose aber meistens nicht aus dem makroskopischen Aussehen der Geschwulstmassen allein gestellt werden kann, so ist nicht dringend genug darauf aufmerksam zu machen, in diesem Falle ein Stück aus der Masse zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung herauszuschneiden.

Besondere Beachtung verdienen auch die Mittel und Wege, die die Therapie in den letzten Jahrzehnten genommen hat. Traten doch in den therapeutischen Bestrebungen stets Neuerun-

gen auf, die den Behandlungsmöglichkeiten ganz neue Aussichten eröffneten, und damit vielfach Wandlungen in den Anschauungen schufen. Zweifellos wird die Kunst des Arztes zum großen Teil darin bestehen, dem jeweiligen Kranken die passendste Therapie angedeihen zu lassen, wobei vor allem auf eine etwa gegebene Kombination mehrerer Behandlungsmethoden und auf den bestmöglichen kosmetischen Erfolg hinzuzielen wäre.

Sehr viele Autoren sind mit Recht von dem Standpunkt nicht abgegangen, daß die operative radikale Ausräumung des Tumors und der gelegentlich vorhandenen Drüsenmetastasen die beste Gewähr für einen Erfolg bieten könnte, sei es nun, daß sie ein kleines Kankroid durch Keilexcision entfernten, oder selbst bei ausgedehnteren Erkrankungen unter Opferung der gesamten Ohrmuschel vorgingen. So berichtet D e n k e r von einem Karzinom, das trotz wiederholter Aetzung stets rezidivierte, bis eine Amputation zu endgültiger Heilung führte. Leider besteht aber auf Grund einiger anderer Berichte kein Zweifel darüber, daß vielfach mit Rezidivbildungen zu rechnen ist, die einer operativen Behandlung trotzen. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend haben andere Autoren dem Behandlungsplan dadurch eine Vertiefung angedeihen lassen, daß sie sich mit dem einfachen operativen Eingriff nicht begnügten. Sie verlegten entweder sofort nach der Excision durch Kauterisation das Wundbett tiefer in das gesunde Gewebe, oder aber sie ließen nach erfolgter Wundheilung eine Strahlenbehandlung folgen, um sich mit größerer Wahrscheinlichkeit einen Erfolg zu sichern.

In den beiden letzten Jahrzehnten ist die Strahlentherapie bei den Karzinomen des äußeren Ohres, wie überall an der Haut, mit zunehmendem Erfolge in Wettbewerb mit der operativen Behandlung getreten. Schon vielfach sind solche Geschwülste allein durch intensive Radiumbehandlung und Röntgenbestrahlung zur Rückbildung gebracht und völlig geheilt worden. A l b a n u s weist unumstrittene Erfolge nach, welche die Röntgenstrahlungen der Hautkrebse der Ohrmuschel und ihrer Umgebung aufweisen. Dieser Behandlungsart hätten sich schon seit Beginn der

Therapie mit Röntgenstrahlen die Dermatologen bedient. Pfahler berichtet für Hautkrankheiten des Ohres nur Bestrahlung mit Radium oder Röntgen.

Kirchner glaubt die Mißerfolge durch die günstigen Resultate überdeckt. Die Erfolge, die erzielt worden seien, berechtigten seiner Ansicht nach zu den schönsten Hoffnungen.

Urbanitsch war es besonders, der die hervorragende Wirkung des Radiums auf Ohrerkrankungen beobachten konnte. Er hat Radiumbehandlung angewandt bei Tuberkulose, Lupus, Sarkom, Epithelkarzinom, Ekzem und Pruritus des äußeren Ohres. Urbanitsch's Beobachtungen sind daher beachtenswert und weisen darauf hin, daß man der Radiumbehandlung auch in der Ohrenheilkunde weitere Beachtung zuwenden soll.

Wie auf der einen Seite Autoren für die Strahlentherapie sich entschieden haben und die Richtigkeit ihrer Meinung durch Beispiele zu erhärten versuchen (Kirchner, der 3 Erkrankungen von bösartigem Ohrmuscheltumor ohne jeden Eingriff und einzig und allein durch Radiumbestrahlungen zur Heilung brachte), sind auf der anderen Seite wieder Bestrebungen da, die der radikalchirurgischen Behandlung das Wort reden. Sei es nun durch das Messer allein, oder sei es mit Hilfe der chirurgischen Diathermie.

Passow operierte ein ausgedehntes Ohrmuschelkarzinom und mußte dabei die Haut- und Weichteile bis zum Kieferwinkel entfernen, worauf kein Rezidiv mehr beobachtet wurde. Ebenso tritt Uffenorde mehr für diese Therapie ein, wie die neuesten Veröffentlichungen seines Assistenten Giese beweisen. Uffenorde ist es dabei gelungen, bei einzelnen, hoffnungslos scheinenden Erkrankungen durch weitestes Vorgehen Heilungen zu erzielen. Nach mehrjähriger Kontrolle zeigten die Leiden keine Neigung zu Rezidiven mehr. In der Arbeit wird berichtet über 6 an Ohrmuschelkarzinom erkrankte Patienten, von denen je 3 mit dem Messer und je 3 mit chirurgischer Diathermie behandelt wurden. Auch in kosmetischer Hinsicht waren beide Methoden von gleich gutem Erfolg begleitet. Ein Patient kam ad exitum, obwohl es sich hier anfangs um einen verhältnismäßig kleinen

Tumor handelte, der frühzeitig zur Elektrokoagulation kam. Diese Krankengeschichte ist aus dem Grunde bemerkenswert, weil sie eindringlich beweist, daß man nur mit größtem Vorbehalt prognostische Aussagen machen soll, selbst wenn es sich um scheinbare geringfügige Veränderungen handelt, die auch sofort zur Operation kommen. Trotz alledem ist G i e s e auf Grund der Erfahrungen der Marburger Klinik zuzustimmen, wenn er am Schlusse seiner Arbeit zu der Ueberzeugung gelangt, daß die gefundenen Ergebnisse zu einer aktiven chirurgischen Therapie berechtigen und verpflichten, die, wenn sie der Ausbildung der Erkrankung entsprechend weit vorgeht, selbst in schweren, anscheinend aussichtslosen Erkrankungen noch Heilung bringen kann.

C r u s i u s führt in seiner Arbeit 6 in der Bonner Klinik mit dem Diathermiemesser behandelte Patienten an und faßt seine Beobachtungen dahin zusammen, daß auf Grund der sehr befriedigenden therapeutischen und kosmetischen Erfolge mit der Diathermiebehandlung, in der Chirurgie der Diathermie die weiteste Verbreitung zu wünschen sei. Insbesondere weist er auch noch einmal kurz auf die speziellen Vorteile dieses Vorgehens hin (die Unterbindung der Keimverschleppung, Vermeidung jeder Blutung usw.). Wenn auch damit der Messeroperation nicht der Boden entzogen werden soll, so müsse man aber doch stets bei Eingriffen an übersichtlichen Körperstellen die Operation mit dem Diathemiemesser in den Kreis der Betrachtungen ziehen, zumal dann, wenn das Resultat in Hinsicht auf Erfolg und Kosmetik selbst einer schärferen Kritik standhalten solle.

Wenn nun angeführt wird, was die Chirurgenwelt in ihrer Gesamtheit über die Behandlung der bösartigen Geschwülste sagt, so ist das Ergebnis der ausführlichen Besprechung heranzuziehen, welche auf dem Chirurgenkongreß 1921 über diesen Gegenstand in Berlin stattgefunden hat. In dem Hauptreferat kam zum Ausdruck, daß die Bestrahlungen der Gesichtskarzinome berechtigt sind, in gewissen Fällen (hohes Alter) sogar geboten. In der Aussprache stießen die Ansichten, besonders in der Frage der Nachbestrahlung nach der Operation, hart aufeinander, ohne daß eine

Einigung erzielt werden konnte. Als praktisches Ergebnis der Aussprache wurde festgelegt, daß nach Ueberzeugung aller Chirurgen, operable Tumoren nur operiert werden sollen.

Wenn allerdings der Kranke seine Einwilligung zur Operation versagt (Patient 3), oder wenn die Neubildung inoperabel erscheint (Patient 5), ist es erlaubt, mit Radium oder Röntgenbestrahlungen allein die Behandlung vorzunehmen.

Bei den ausgedehnteren, weiter vorgeschrittenen Erkrankungen kann auch die Intensivbestrahlung das Verhängnis meist nicht abwenden. Stellenweise heilt der Tumor zwar ab, aber in der Tiefe dringt er weiter in das Gewebe ein. In solchen verzweifelten Lagen, wo jede Therapie versagt, kann die Behandlung nur symptomatisch sein. Es bleibt nichts anderes zu tun übrig als die Wundbehandlung des Geschwürs, um die Zersetzung nach Möglichkeit in Schranken zu halten und die Wunde von Sekret zu reinigen, sowie etwaige Neuralgien zu lindern. Selbstverständlich hat man auch nach Möglichkeit den Kräfteverfall durch gute Ernährung aufzuhalten.

Fragen wir nun nach der Prognose beim Karzinom der Ohrmuschel, so läßt sich eine bestimmte Antwort nicht geben. Wird die Diagnose auf Karzinom sehr frühzeitig gestellt, ist der Sitz der Neubildung ein gut erreichbarer, bestehen keine weiteren Komplikationen, so ist die Prognose nicht schlecht. Was das Karzinom als solches anbetrifft, so richtet sich die Prognose zunächst natürlich nach der Art der Geschwulst. Handelt es sich um ein sogenanntes flaches Kankroid, um ein Karzinom, das außerordentlich chronisch verläuft, keine Neigung besitzt, in die Tiefe zu wuchern und die regionären Lymphdrüsen miteinzubeziehen, so wird die Prognose ganz anders lauten müssen als beim knotigen und papillomatösen Krebs. Denn letzterer greift bereits nach einiger Zeit in die Tiefe und zerstört in kurzer Zeit die unter der Haut liegenden Gebilde, Knorpel, Knochen und andere Teile. Es bezieht die regionären Lymphdrüsen ein, die anschwellen, aufbrechen und sich ebenfalls in karzinomatöse Geschwüre umwandeln. Diese verursachen dann eine progressive Vereite-

rung und Verjauchung. Durch die Karzinom-Intoxikation stellt sich Kachexie ein, die ausnahmslos zum Tode führt.

Für die Stellung der Prognose ist wesentlich der Sitz der Neubildung, wie oben schon kurz erwähnt wurde, wenn auch zugegeben werden muß, daß der Zeitpunkt der Behandlung der übergeordnet wichtigere Faktor ist. Die Prognose gestaltet sich entschieden günstiger beim Karzinom, das erst die Muschel und den äußeren Gehörgang betroffen hat, als beim Karzinom, das schon auf das mittlere und innere Ohr übergegangen ist. Denn es ist einerseits die Operation an der Muschel eine verhältnismäßig einfache, bei der Operation des mittleren und inneren Ohres, wenn sie überhaupt zulässig, häufen sich die Schwierigkeiten und die damit verbundener Gefahren. Diese Gefahren liegen in der Zerstörung der Nervenbahnen und der Gefäße, der damit verbundenen Unmöglichkeit der Ernährung und infolgedessen der Nekrose des betreffenden Gewebes.

Man sollte annehmen, daß die Prognose des in den Lymphspalten entstehenden Endothelkrebses des äußeren Ohres eine schlechte sein müßte. Die Prognose des Endothelkrebses des äußeren Ohres aber scheint, soweit die bisher beobachteten und in Betracht kommenden Erkrankungen des Endothelkrebses der Haut einen Vergleich zulassen, von der Prognose des Epithelkrebses des äußeren Ohres kaum verschieden zu sein.

Im Schrifttum findet man Ohrkarzinome jeder Entwicklungsstufe vertreten. Inoperable Karzinome, d. h. schon zu weit vorgeschrittene, so daß eine Operation nicht mehr möglich gewesen wäre. Weiterhin Erkrankungen, die nach der Operation sehr bald, andere, die sehr spät rezidivierten, und die am Anfang zu den schönsten Hoffnungen berechtigten. Endlich solche, die ganz in Heilung übergingen und auch späterhin, solange sie in Beobachtung standen oder verfolgt werden konnten, nicht rezidivierten. So berechtigt es auch ist, beim Karzinom im allgemeinen eine ungünstige Prognose zu stellen, so muß man doch für das Karzinom des äußeren Ohres einräumen, daß sich dieselbe günstig gestalten kann, falls man eben früh genug einzugreifen in der Lage ist.

In dem Falle, in dem die Ohrmuschel der alleinige Sitz der Neubildung ist, ist es nicht schwer, eine Entfernung des ganzen Krankheitsherdes vorzunehmen. Die Resultate dieser Operationen sind auch in überwiegender Zahl günstige. Viele Operateure begnügen sich mit Excision des geschwürigen Teils und haben damit auch gute Erfolge erzielt. (Patient 1, 2, 9.) Rezidive kommen aber trotzdem vor; Patient 6 ist ein solches Beispiel eines Rezidives. Größere Sicherheit gegen Rezidive gewährt die vollständige Amputation der Ohrmuschel. In einigen Kliniken ist diese Methode seit einigen Jahren fast ausschließlich eingeführt. Beim Patienten 8 trat nach einer Keilexcision ein Recidiv auf. Eine darauf vorgenommene Amputation der ganzen Ohrmuschel sah das Leiden bis jetzt rezidivfrei.

Sind in nächster Nähe vergrößerte Lymphdrüsen zu fühlen, wie bei dem Patienten 1, so werden dieselben gleich mitentfernt. Die Haut der Umgebung darf selbstverständlich auch nicht geschont weden, wenn sich hier bereits Infiltration bemerkbar macht (Patient 8). Die Schwierigkeit der Operation wächst und zugleich die Unsicherheit des Erfolges, je mehr der Krebs medial zu seinen Sitz hat oder fortgeschritten ist.

Es ist ersichtlich, daß es noch mancher Klarstellung bedarf in bezug auf die Ohrmuschelkarzinome, ehe man von wirklich gesicherter Erkenntnis sprechen kann.

Schrifttums-Verzeichnis.

Albanus: Strahlentherapie des Ohres. 1, 652. Handbuch der spez. Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege von Dr. Blumenfeld und Prof. Dr. Hoffmann. Verlag: Curt Kabitzsch, Leipzig 1927.

Alexander: Anatomische Untersuchungen über Geschwülste des äußeren Ohres. Ztschr. f. O. 38, 285, 1901.

Arzt-Ziehler: Haut- und Geschlechtskrankheiten. 2, 829. Verl. Urban u. Schwarzenberg, Berlin 1935.

Bezold: Ueberschau, Wiesbaden 1895.

Bindi: Internationales Zentralblatt f. O. 5, 530, 1907.

Bürkner: Beiträge zur Statistik der Ohrenkrankheiten. Arch. f. O. 20, 82, 1866.

Coenen: Die Geschwülste (Die Chirurgie, von Kirschner u. Nordmann, Verlag Urban u. Schwarzenberg, Berlin 1928) II, 1, 240.

Crusius: Ueber den derzeitigen Stand der Therapie des Ohrmuschelkrebses. Diss. Bonn 1931.

Denker: Ein Fall von Epithelkarzinom des knorpeligen und häutigen Gehörganges und der Ohrmuschel. Ztschr. f. O. 26, 55, 1895.

Giese: Die Ergebnisse d. chirurg. u. chirurg.-diatherm. Behandlung d. Ohrmuschelkrebses. Ztschr. f. Laryngologie. 19, 414, 1930.

Görke: Die Geschwülste des Ohres. (Handbuch der Hals-, Nasen- und Ohren-Heilkunde von A. Denker und O. Kahler) 7, 677. Verl. Julius Springer, Berlin 1926.

Grage: Beitrag zur Statistik des primären Hautkarzinoms. Diss. Münster 1935.

Grunert u. Panse: Jahresbericht d. Hallenser Ohrenkl. Arch. f. O. 35, 250, 1893.

Haug: Zur mikroskopischen Anatomie des äußeren und mittleren Ohres. Arch. f. O. 32, 151, 1891.

Heile: Ueber maligne Geschwülste der Ohrmuschel. Diss. Göttingen 1897.

Jesionek: Die Hautkrankheiten an Nase und Ohr. 14, 1, 178. (Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Verlag Julius Springer, Berlin 1930).

Jurka: Ueber einen Fall von Karzinom des äußeren Gehörganges mit tödlichem Ausgange. Diss. Halle 1891.

Kirchner: Beitrag zur Radiumbehandlung bösartiger Tumoren des Gehörganges. Ztschr. f. O. 80, 192, 1921.
Knick: Klinik der bösartigen Geschwülste von Zweifel-Payr. 552, 1924.
Koch: Die bösartigen Tumoren des äußeren Ohres. Diss. Würzburg 1893.
Krepuska: Sitzungsbericht der Gesellschaft d. ungar. Ohren- u. Kehlkopfärzte. Ref. Arch. f. O. 40, 56, 1896.
Kretschmann: Ueber Karzinom des Schläfenbeins. Arch. f. O. 24, 231, 1887.
Kreuter: Ueber die Behandlung der bösartigen Geschwülste. Münch. med. Wochenschrift 1923, 13.
Kuhn: Ueber Karzinom des äußeren Ohres. Verhandl. der otolog. Gesellschaft 160, 1895.
Langguth: Ueber das Karzinom des äußeren Ohres. Diss. Straßburg 1896.
Marx: Die Geschwülste des Ohres. 12, 490. Handbuch der spez. path. Anatomie und Histologie v. F. Henke u. O. Lubarsch, Verl. Julius Springer, Berlin 1926).
Most: Topographisch-anatomische u. klinische Untersuchungen über den Lymphgefäßapparat des äußeren und mittleren Ohres. Arch. f. O. 64, 240, 1905.
Panse: Jahresbericht der Hallenser Ohrenkl. Arch. f. O. 33, 43, 1892.
Passow: Zitiert von Crusius.
Peycelon, Morel: A propos de quarante-deux cas de cancer du pavillon de l'oreille. Ref. Zentralorgan f. d. ges. Chirurgie. 75, 630, 1936.
Pfahler: Electrocoagulation radiation therapy in malignant disease of the ear, nose and throat. Journ. of the Americ. med. assoc. vol. 85, Nr. 5, 1925.
Politzer: Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 421, 1887.
Pooley: Epitheliom des äußeren Ohres. Intern. Z. f. O. 1, 168, 1903.
Retrouvey: Les tumeurs malignes de l'oreille. Ref. Zentralorgan f. d. ges. Chirurgie. 44, 331, 1929.
Schulz: Zitiert von Langguth.
Senff: Tumoren der Ohrmuschel. Diss. Göttingen 1898.
Schwartze: Ein Fall von primärem Epithelkrebs des Mittelohres. Arch. f. O. 9, 208, 1875.
Treitel: Ueber das Karzinom des Ohres. Ztschr. f. O. 33, 152, 1898.
Uffenorde: Zitiert von Giese.
Urbanitsch: Oesterr. otol. Ges. 1, 30, 1911.
Vali: 2 Fälle von Ohrmuschelkrebs. Arch. f. O. 31, 173, 1891.
Zeroni: Ueber das Karzinom des Gehörganges. Arch. f. O. 48, 143, 1900.

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm Lindhaus, wurde geboren am 2. Februar 1912 in Wellingholzhausen, Teutoburger Wald, als Sohn des Kaufmanns Conrad Lindhaus.

Vom 6.—14. Lebensjahre besuchte ich die Volksschule in meinem Geburtsort. Den vorbereitenden Unterricht für das Gymnasium erhielt ich vom 11.—14. Lebensjahre durch einen Privatlehrer. Anschließend besuchte ich das Gymnasium Carolinum zu Osnabrück, welches ich Ostern 1932 mit dem Zeugnis der Reife verließ.

Ab Ostern 1932 studierte ich Zahnheilkunde in Innsbruck und Münster. Die zahnärztliche Vorprüfung bestand ich im S. S. 1934 und das zahnärztliche Staatsexamen im Frühjahr 1936.

Am 11. Juli 1936 erhielt ich meine Approbation als Zahnarzt.